

# A perspectiva da enfermagem comunitária na Atenção Básica em Portugal\*

THE PERSPECTIVE OF COMMUNITY HEALTH NURSING IN PRIMARY HEALTH CARE IN PORTUGAL

LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LA ATENCIÓN BÁSICA EN PORTUGAL

Maria Adriana Henriques<sup>1</sup>, Elisa Garcia<sup>2</sup>, Madalena Bacelar<sup>3</sup>

## RESUMO

Portugal, em 2005, iniciou uma reconfiguração dos centros de saúde que nomeou como reforma da atenção básica, com os objectivos de melhorar a acessibilidade, a eficiência, a qualidade e a continuidade dos cuidados e aumentar a satisfação dos profissionais e cidadãos. Foram reorganizados os agrupamentos de centros de saúde e criadas novas tipologias de unidades de cuidados. Paralelamente foi desenvolvido o processo de continuidade de cuidados e a rede nacional de cuidados continuados integrados. As intervenções de enfermagem nos cuidados a pessoas, famílias, grupos e comunidades, na actual reforma, são fundamentais para o seu êxito. Os primeiros relatórios apresentam ainda algumas ineficiências que a actual reforma se propõe melhorar de forma sistemática incidindo na qualidade das boas práticas, no bem estar dos usuarios e a satisfação dos profissionais.

## DESCRITORES

Enfermagem em saúde comunitária  
Atenção Primária à Saúde  
Centros Comunitários de Saúde

## ABSTRACT

Portugal, in 2005, initiated to reconfigure its health centers, an action referred to as the reform of primary health care, with the objective to improve accessibility, efficiency, quality and the continuity of care, and increase the satisfaction of the population and the professionals. The health center groups were reorganized and new types of units were created. Also, at the same time, the health care continuity process and the national network for integrated continuous care were developed. The nursing interventions in the care provided to individuals, families, groups and communities, in the current reform, are essential for success. The first reports still indicate a few inefficiencies that the current reform proposed to systematically improve, affecting the quality of good practices, users' well being, and workers' satisfaction.

## DESCRIPTORS

Community health nursing  
Primary Health Care  
Community Health Centers

## RESUMEN

En 2005, Portugal inició una reconfiguración de los centros de salud a la que llamó reforma de la atención básica, con los objetivos de mejorar la accesibilidad, eficiencia, calidad y continuidad de los cuidados y aumentar la satisfacción de los profesionales y ciudadanos. Fueron reorganizados los organigramas de centros de salud y se crearon nuevas tipologías de unidades de atención. Paralelamente, fue desarrollado el proceso de continuidad de atención y la red nacional de atención continuada integrada. Las intervenciones de enfermería en la atención a personas, familias, grupos y comunidades, según la actual reforma, son fundamentales para su éxito. Los primeros informes determinan aún algunas ineficiencias que la actual reforma se propone mejorar de forma sistemática, incidiendo en la calidad de las buenas prácticas, en el bienestar de los pacientes y en la satisfacción de los profesionales.

## DESCRIPTORES

Enfermería en salud comunitaria  
Atención Primaria de Salud  
Centros Comunitarios de Salud

\* Trabalho apresentado na Mesa Redonda "Desafios Contemporâneos da Saúde Coletiva", 2º Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na perspectiva da Enfermagem – SINPESC, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 9-11 out. 2011. <sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Mestre em Epidemiologia. Professora Coordenadora do Departamento de Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal. [ahenriques@esel.pt](mailto:ahenriques@esel.pt) <sup>2</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem de Saúde Pública. Doutoranda em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal. [egarcia@esel.pt](mailto:egarcia@esel.pt) <sup>3</sup>Enfermeira. Mestre em Ciências de Enfermagem. Especialista em Enfermagem de Saúde Pública. Enfermeira Chefe do Departamento de Saúde Pública da ARS Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa, Portugal. [madalena.bacelar@arslvt.min-saude.pt](mailto:madalena.bacelar@arslvt.min-saude.pt)

## INTRODUÇÃO

A declaração de Alma-Ata, resultante da 1ª Conferência Internacional realizada em 1978, definiu os cuidados de saúde primários (CSP) como a chave para se atingir um nível de saúde capaz de permitir a todos uma vida econômica e socialmente produtiva, iniciando o *movimento de Cuidados de Saúde Primários*. Profissionais e instituições, governos e organizações da sociedade civil, investigadores e pequenas organizações decidiram encontrar respostas para as desigualdades em saúde<sup>(1)</sup>.

Em Portugal desde 2005 revigora-se a reforma dos cuidados de saúde primários. São decorridos cerca de 40 anos com várias fases de evolução dos cuidados de saúde no país, desde que em 1971 foram criados os então denominados *Centros de Saúde (CS) de primeira geração*, numa época em que Portugal apresentava indicadores socioeconómicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa Ocidental<sup>(2-3)</sup>. Nesta fase inicial, as actividades do CS estavam associadas ao que na época se entendia por saúde pública – cobertura vacinal da população, vigilância da grávida e da criança, saúde escolar, actividades de autoridade sanitária ligadas à vigilância e controle epidemiológico<sup>(4)</sup>.

Nesse contexto, o enfoque da enfermagem comunitária era a prevenção da doença e a promoção da saúde junto dos grupos vulneráveis (mães, crianças, jovens e famílias em risco de pobreza). A atividade de enfermagem era realizada em equipe e de forma articulada com grupos de especialistas médicos, pediatras, ginecologistas-obstetras e médicos de saúde pública, nas campanhas de vacinação e na promoção fundamentalmente da saúde da mulher e da criança<sup>(3)</sup>. Coexistiam dois estilos de práticas: uma de saúde comunitária, com objetivos de promoção de saúde e prevenção da doença, e outra prática, predominantemente curativa, para dar resposta à procura das pessoas sendo prestada nos postos clínicos dos Serviços Médico-sociais e nas caixas de previdência onde se realizavam consultas, tratamentos, visitas domiciliárias para administração de terapêutica e tratamentos de enfermagem. Esta tipologia de cuidados permaneceu sob ponto de vista organizativo até 1982<sup>(4)</sup>.

A grande mudança começou a se desenhar com a criação, em 1979, do Serviço Nacional de Saúde, universal e tendencialmente gratuito<sup>(2)</sup> previsto na nova constituição do País, trazendo a esperança de melhor saúde para todos e a ideia de progresso e justiça social<sup>(3)</sup>. Em 1983 procedeu-se à integração, numa mesma organização, dos CS e dos cuidados curativos, dando origem aos CS Integrados, denominados de CS de 2ª geração<sup>(3)</sup>. Este processo levou à criação da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários e a uma maior racionalização formal dos recursos em saúde.

No entanto, apesar de ter mudado a estrutura organizacional, na prática mantiveram-se as vicissitudes dos primeiros CS ao longo dos anos, em consequência dos modelos organizativos e de governação.

As políticas de saúde entre os anos 80 e 90 foram fortemente influenciadas pelo movimento de promoção da saúde promovido pela OMS, partindo da carta de Ottawa de 1986 e outras que levaram ao desenvolvimento de projectos como o das *idades saudáveis* e *escolas promotoras de saúde*<sup>(5)</sup>.

Em 1990, a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de agosto) veio valorizar o papel dos CSP no sistema de saúde. Foi definido que o sistema de saúde devia assentar-se nos CSP, que estes se deviam situar-se junto das comunidades e que devia ser promovida intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde.

No período de 1996 a 1999 foi introduzida uma estratégia de saúde baseada em metas, identificando 27 áreas de ação, que iam da *vida ativa* ao *envelhecimento*, da saúde escolar dos jovens à depressão dos mais velhos, incluindo domínios como acesso aos serviços de saúde, gestão dos recursos, medicamentos e a co-operação europeia. Para estes domínios foram definidas metas de 5 a 10 anos, com orientações para a sua realização<sup>(5)</sup>.

Em 1999, baseados em experiências em campo e numa filosofia de prática de grupo, surgem os CS da 3ª geração, orientados para os usuários e para a comunidade, com pequenas unidades multiprofissionais organizados por listas de usuários, pequenas áreas geográficas e comunidade. Apesar de definidos formalmente, nunca funcionaram na prática, tendo servido de base para a denominada reforma dos cuidados de saúde primários, iniciada em 2005, que visava reorganizar os CS.

A enfermagem comunitária, centrada no trabalho com grupos na comunidade e na família foi impulsionada com a Declaração de Munique em 2000<sup>(6)</sup>. Esta teve como finalidade a identificação de ações específicas com o intuito de apoiar as capacidades dos enfermeiros para contribuir para a saúde e a qualidade de vida das pessoas a quem prestam cuidados. No contexto da saúde pública e dos cuidados de saúde primários, é identificada e valorizada a enfermagem de saúde familiar.

Na época, a enfermagem de saúde comunitária recebeu um legado que lhe exigirá profundas alterações ao nível da preparação do *enfermeiro de família* que terá necessariamente de saber cruzar e articular de forma harmoniosa o conhecimento de diversos instrumentos de trabalho – oriundos da saúde pública, da prática clínica e dos cuidados de saúde primários- que se foram estabelecendo de formas muito diferentes, com tempo e ritmos

desencontrados<sup>(7)</sup>. Esta nova perspectiva exigiu o desenvolvimento de uma visão do que era até então a saúde pública e o exercício profissional dos enfermeiros de saúde comunitária, resume-se na Figura 1 esta evolução.

Em 2003, o Decreto-lei n.º 60/2003, de um de abril, veio estabelecer a constituição da rede de prestação de CSP, mantendo o indivíduo, a família e a comunidade como alvo dos cuidados. É também em 2003 que uma nova estratégia da saúde denominada Plano Nacional 2004-2010 iniciou-se e desenvolveu-se<sup>(5)</sup>.

No entanto, o que se veio a verificar ao longo destes anos foi que a rede hospitalar sobrevalorizou-se e sobredimensionou-se. Os recursos humanos em cuidados de saúde primários continuam escassos, quer em médicos, quer em enfermeiros. Em 2008, a distribuição de efetivos do Ministério da Saúde era de apenas de 24% nos Cuidados de Saúde Primários e 76% nos Hospitais<sup>(8)</sup>.

Em 2005, o Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro, criou a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, para a condução do projecto global de reconfi-

guração e autonomia dos CS e implementação das unidades de saúde familiar (USF), reestruturação dos Serviços de Saúde Pública e reorganização das equipas de intervenção comunitária, cuidados no domicílio, bem como implementação de cuidados continuados, unidades móveis e redes de apoio às famílias. A reforma dos CSP teve como objetivos melhorar a acessibilidade, aumentar a satisfação de profissionais e utilizadores, melhorar a qualidade e continuidade de cuidados e melhorar a eficiência do sistema<sup>(9)</sup>.

Nestes 40 anos, a situação económica e social em Portugal tiveram um progresso significativo<sup>(10)</sup>, com repercussões em ganhos em saúde, sobretudo no aumento da esperança média de vida, que no período de 2008-2010 situou-se em 79,20 anos para ambos os sexos, sendo de 76,14 anos para os homens e de 82,05 anos para as mulheres<sup>(11)</sup> e na diminuição da taxa de mortalidade infantil, que em 2008, era de 3,3 por 1000 nascidos vivos<sup>(12)</sup>, sendo considerada uma das mais baixas do Mundo<sup>(13)</sup>.

Atualmente os CS são um património cultural, técnico e institucional que importa preservar, mas também modernizar e desenvolver, pois continuam a ser o meio mais

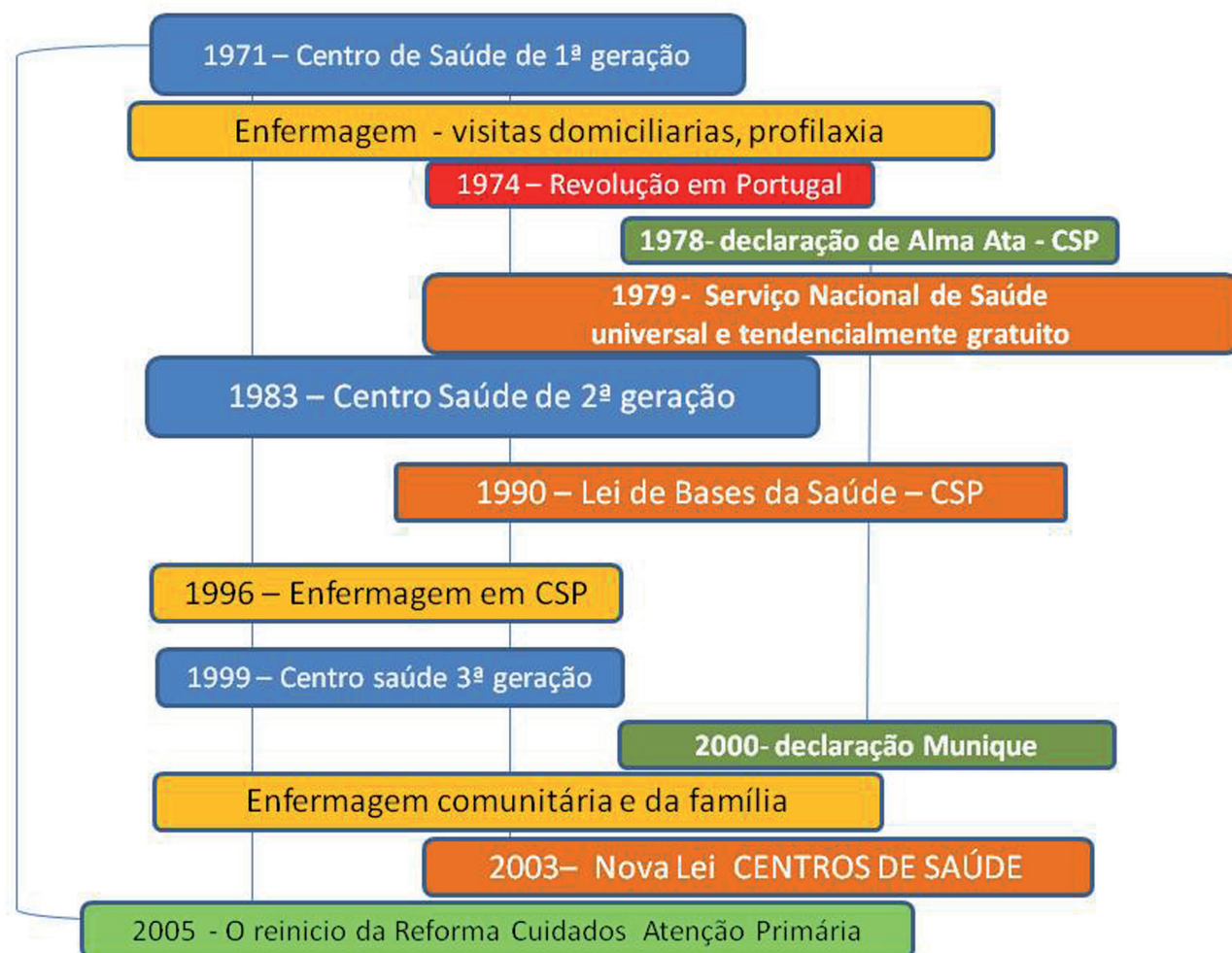


Figura 1- Evolução da Atenção Primária em Portugal (1971- 2005)

eficiente e acessível para proteger e promover a saúde da população<sup>(14-15)</sup>. A complexidade da saúde humana requer uma abordagem sistêmica, integrada e continuada de equipes multidisciplinares e intersectoriais que sejam capazes de prestar cuidados centrados na pessoa e família, no seu contexto de vida, numa perspectiva de promoção e protecção da saúde, considerando-os parceiros de cuidados na gestão da doença aguda ou crónica numa lógica de proximidade. As pessoas são mais velhas, estão sós e as famílias apresentam cada vez menos capacidade para cuidar, apresentando necessidades múltiplas e complexas que um sistema de saúde e social tem que dar resposta, de forma a contribuir para diminuição das iniquidades em saúde. Assim os enfermeiros na comunidade devem ancorar as suas intervenções numa prática clínica baseada na evidência, na realidade e no conhecimento do contexto.

A reconfiguração dos CS levou à criação de equipes multiprofissionais que de acordo com suas missões específicas, que dirigem sua intervenção à pessoa e à família (USF) e unidades de cuidados personalizados (UCSP), voltadas aos grupos com necessidades especiais, unidades de cuidados na comunidade (UCC), que realizam intervenções na comunidade, e unidade cujas ações são dirigidas à população em geral e no meio físico e social, com ações de alcance populacional – as unidades de saúde pública (USP)<sup>(16-17)</sup>.

No contexto atual há já bons exemplos de respostas articuladas e integradas em diferentes áreas, nomeadamente na área da saúde materna, com programas de preparação para a parentalidade, visita domiciliária à puérpera e recém-nascido; na área saúde infanto-juvenil, com a promoção do aleitamento materno, com a participação em programas de intervenção precoce em crianças, no programa nacional de saúde escolar, na dinamização de espaços de atendimento a jovens; na área da vacinação, ao atingir uma excelente taxa de cobertura nacional; na implementação de consultas dirigidas à pessoa com risco cardiovascular e metabólico (doentes hipertensos e diabéticos); implementação de consultas antitabágicas; na constituição de equipes de cuidados continuados integrados para a prestação de cuidados de saúde e sociais em casa, numa perspectiva de envolvimento do familiar/cuidador em todo o processo de cuidados, na formação de voluntários para o acompanhamento de pessoas sós, nas estratégias de aproximação à população, por meio da utilização de unidades móveis<sup>(16)</sup>.

Ao longo deste tempo, com a reforma dos CSP, assistimos a uma progressiva transição da centralidade nos serviços para o processo de cuidados na comunidade, junto das famílias e grupos vulneráveis, permitindo que as intervenções em saúde e nomeadamente as intervenções de enfermagem comunitária e de saúde pública se foquem em sua capacitação para uma vivência saudável.

A reforma dos CSP, a par da reconfiguração das unidades funcionais passa também pela criação de Agrupamen-

tos de Centros de Saúde (ACS), com o objetivo principal de dotar os atuais CS de um enquadramento organizacional e de estruturas de apoio que lhes permita prestar cuidados de qualidade numa lógica de prestação de serviços e otimização de fluxos de informação<sup>(14)</sup>. Cada ACS está geográfica e funcionalmente relacionado a um hospital de referência, sendo a referência estabelecida por um sistema de informática integrado. Conta com um Conselho Clínico integrado por um enfermeiro. No momento atual é dada ênfase à governação clínica, à gestão dos recursos humanos e à contratualização, a par do desenvolvimento das unidades em funcionamento<sup>(17)</sup>.

Desde 2006, as equipes multiprofissionais organizaram-se em USF, contratualizaram em sua maioria uma carteira básica de serviços e foi adotado um sistema retributivo com base na produtividade, acessibilidade e qualidade dos serviços prestados. O processo iniciou-se com apenas 10 USFs, que são agora 285, que contam com 5.656 profissionais, abrangem 3.559.489 usuários, com um ganho adicional de mais 468.381 usuários que passaram a ter o seu médico de família, em relação à situação pré-USF<sup>(18)</sup>.

De início mais tardio, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) só começam em 2010, de modo que, em abril 2011, existiam 95 UCC<sup>(18)</sup>. A UCC é uma unidade de atuação multidisciplinar que engloba a prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social, de base geográfica e domiciliária, designadamente na identificação e acompanhamento de indivíduos e famílias de maior risco, dependência e vulnerabilidade de saúde, especialmente grávidas, recém-nascidos e pessoas com maior dependência funcional ou com doenças que requeiram acompanhamento mais próximo e regular. Estes cuidados pressupõem uma hierarquização de prioridades em função da magnitude e da gravidade de cada situação ou problema e das necessidades de cuidados, tendo em conta os recursos disponíveis. São, em geral, prestados na comunidade<sup>(9)</sup>. As UCC são coordenadas por enfermeiros especialistas. De acordo com as necessidades das pessoas e grupos a quem são prestados cuidados pode haver necessidade de recorrer às competências disciplinares existentes em outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde. Sempre que necessário, de modo a complementar os cuidados que prestam a UCC recorre a outros profissionais (psicólogos, técnicos do Serviço Social, Higienistas, etc) integrados na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Nas unidades de saúde pública, compete ao enfermeiro de saúde pública ou de enfermagem comunitária, integrado numa equipe multidisciplinar, colaborar na elaboração de informação e planos no domínio da saúde pública, na vigilância epidemiológica, na monitorização do estado de saúde da população através de recolha e análise sistemática de dados de saúde e no diagnóstico de situação da população, na elaboração do plano local de saúde e na comunicação de informação sobre a saúde às unidades funcionais e à comunidade. Compete-lhe propor interven-



ções que possam contribuir para a redução dos problemas de saúde identificados ou reforçar ou manter os ganhos em saúde<sup>(19)</sup>.

Foram realizados estudos independentes para avaliar a eficiência e a satisfação dos usuários e dos profissionais. Dos resultados destaca-se a satisfação dos usuários com os profissionais nos componentes relacionais e humanos<sup>(14)</sup>. Os enfermeiros identificam como fatores de sucesso a autonomia, o trabalho de equipe, a satisfação, a motivação profissional e como principal problema a comunicação, a articulação, os sistemas de informação e a dificuldade na concretização de cuidados domiciliários<sup>(20)</sup>.

Os profissionais do Sistema de Saúde de Portugal são médicos de família, especialistas em medicina geral e familiar, psicólogos e assistentes sociais, entre outros. Os enfermeiros são generalistas e especialistas em diferentes áreas de enfermagem. As escolas de enfermagem em Portugal, nos últimos cinco anos, têm contribuído para o desenvolvimento da formação especializada e pós-graduada em enfermagem, nomeadamente na enfermagem de saúde pública e comunitária e de saúde familiar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos referindo que a preocupação de disponibilizar cuidados de saúde de qualidade para todos os cidadãos, com eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde com recompensa pelas boas práticas profissionais

é uma preocupação de todos os profissionais envolvidos, seja em nível macro, meso ou micro das políticas de saúde.

Na atualidade, a qualidade de vida situa-se no centro da discussão de natureza econômica, social, cultural e política, numa linha de pensamento em conflito com o discurso tradicional. Este novo discurso propõe uma nova prática social centrada na mudança<sup>(21)</sup>. Nesta perspectiva, os enfermeiros de saúde comunitária focam sua intervenção segundo um paradigma promotor de saúde, centrando os cuidados na pessoa, grupos, família e comunidade, afastando-se assim da abordagem tradicional.

A sistematização da assistência de enfermagem moldada de acordo com o novo paradigma de atenção à saúde deve se inter-relacionar com a autonomia profissional, autonomia do paciente, necessidades biológicas e necessidades sociais da população assistida<sup>(22)</sup>.

Importa acompanhar como vai desenvolver-se a articulação da reforma CSP e a rede de cuidados continuados integrados. A verdadeira afirmação dos enfermeiros de saúde pública, comunitária e de família concretizar-se-á nas diferentes unidades funcionais onde intervêm de acordo com os planos de saúde nacionais numa parceria com os usuários fomentando nestes a responsabilidade individual pela sua própria saúde e autocuidado e utilização sustentada dos recursos de saúde e sociais. Capacitar os usuários para assumir o controlo da gestão da sua saúde é um dos maiores desafios dos enfermeiros comunitários.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata; 1978 Sep 6-12; URSS [Internet]. Geneva; 1978 [cited 2011 Sep 25]. Available from: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
2. Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n. 11, de 15 de janeiro de 1993. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, Lisboa, 15 jan. 1993. I Série A 12. p. 122-34.
3. Sakellarides C. De Alma a Harry: crónica da democratização da saúde. Coimbra: Almedina; 2005.
4. Branco AG, Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal. Rev Portuguesa Saúde Pública. 2001;2(1):5-12.
5. Universidade de Nova Lisboa; Escola Nacional de Saúde Pública. Observatório do QCA III. O futuro do Sistema de Saúde Português: saúde 2015 [Internet]. Lisboa; 2005 [citado 2011 set. 25]. Disponível em: <https://infoeuropa.eurocid.pt/registo/000036272/>
6. World Health Organization (WHO). Second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery; 2000 June 15-17; Munique [Internet]. [cited 2011 Sept 25]. Available from: <http://www.inmo.ie/Article/PrintArticle/650>
7. Correia C, Dias F, Coelho M, Page P, Vitorino P. Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. Rev Portuguesa Saúde Pública. 2001;2(1):75-82.
8. Portugal. Direcção-Geral da Saúde; Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Elementos estatísticos: informação geral: saúde 2008 [Internet]. Lisboa; 2008 [citado 2011 set. 25]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>
9. Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n. 157, de 12 de outubro de 2005. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de acção prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Lisboa; 2005.

10. Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite V. Health Care Systems in transition. The Portuguese Observatory on Health Systems [Internet]. Geneva: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004 [cited 2011 Sept 23]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/107843/e82937.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/107843/e82937.pdf)
11. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Destaque: taxas de mortalidade (2008-2010). Lisboa; 2011.
12. Portugal. Instituto Nacional Estatística. Portugal em números. Lisboa; 2011.
13. Waddington R. Portugal's rapid progress through primary health care. *Bull World Health Organ*. 2008;86(11):817-908.
14. Pisco L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2841-52
15. Rocha PM, Sá AB. Reforma da saúde familiar em Portugal: avaliação da implantação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2853-63.
16. Correia C. Cuidados de Saúde Primários: investir na saúde, construir a mudança [Internet]. Lisboa; 2010 [citado 2011 set. 23]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/11/CCorreia-PNS-CSP.pdf>
17. Portugal. Ministério da Saúde. Cuidados de Saúde Primários. Coordenação Estratégia. Áreas de trabalho e objetivos [Internet]. Lisboa; 2011 [citado 2011 set. 23]. Disponível em: [http://www.mcsp.minsaude.pt/lmgs/content/article\\_7111/areasdetrabalhoobjectivoscsp\\_2011\\_v.2011.05.04.pdf](http://www.mcsp.minsaude.pt/lmgs/content/article_7111/areasdetrabalhoobjectivoscsp_2011_v.2011.05.04.pdf)
18. Portugal. Ministério da Saúde. Cuidados de Saúde Primários. Coordenação Estratégia. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: relatório de progresso [Internet]. Lisboa; 2011 [citado 2011 set. 23]. Disponível em: [http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/article\\_7111/relatorio\\_de\\_progresso\\_2\\_versao2011.05.04.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/article_7111/relatorio_de_progresso_2_versao2011.05.04.pdf)
19. Portugal. Ministério da Saúde. Decreto Lei n. 81, de 02 de abril de 2009. Estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública. *Diário da República*, Lisboa, 2 abr. 2009. I Série n. 65, p. 2058-62.
20. Portugal. Ministério da Saúde. Cuidados de Saúde Primários. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Sucessos e problemas das Unidades de Saúde Familiar: um estudo qualitativo [Internet]. Lisboa; 2008 [citado 2011 set. 23]. Disponível em: [http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page\\_46/Sucessos\\_Problemas\\_USF\\_20080224.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/Sucessos_Problemas_USF_20080224.pdf)
21. Amendoeira J. Políticas de Saúde em Portugal e desigualdades. In: *Seminários Temáticos, Políticas Públicas e Desigualdades* [Internet]. Lisboa; 2009 [citado 2011 set. 25]. Disponível em: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/86/1/Pol%C3%ADticas%20de%20sa%C3%BAde%20em%20Portugal%20e%20desigualdades.pdf>
22. Chiesa AM, Barros DG. Autonomia e necessidade de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP*; 2007;41(n.esp):793-8.